



Programa Medicaid de Louisiana

Solicitud para Local de Asistencia por Largo Tiempo

Fecha de la primera solicitud _____

Para empezar el proceso de solicitud para local de asistencia por largo tiempo O para obtener información acerca del HCBS, llame gratis al 1+877-456-1146 de lunes a viernes entre las 7:00 a.m. y 7:00 p.m. Hora Centro, o llame al número TTY 1+877-456-1172 si tiene dificultades para oír.

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____
¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____

Si usted no habla Inglés, le proveemos un traductor sin costo alguno

1. Díganos acerca de la persona que necesita local de asistencia por largo tiempo.

Nombre (Primer nombre, Inicial del segundo, Apellido de soltera, Apellido) _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino

Raza^① _____ Estado Marital^② _____ ¿Ciudadano de E. U.? Sí No

¿Residente de Louisiana? Sí No

^①Usted no está obligado a dar información sobre su raza; si lo hace, use los siguientes códigos: A (asiático), B (Negro), H (Hispano), I (Indio Americano), o W (Blanco).

^②Use estos códigos para el estado marital: S (Soltero), M (Casado), D (Divorciado) o W (Viudo)

¿Veterano? Sí No Si es, Reclamo VA # _____ Retiro del Ferrocarril # _____

Lugar donde recibe su correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar donde vive _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono en su casa # () _____ Teléfono en el trabajo # () _____

2. ¿Es usted el responsable de manejar los asuntos personales del solicitante? Sí No Si es usted, dénos la siguiente información:

Su nombre _____ Teléfono durante el día # () _____

Lugar donde recibe su correo _____

Relación con el solicitante _____

Si **No** es usted, ¿Hay **alguien** responsable de los asuntos personales del solicitante? Sí No Si hay alguien, dénos la siguiente información sobre la persona responsable.

Nombre _____ Teléfono durante el día # () _____

Lugar donde recibe el correo _____

Relación con el solicitante _____

3. ¿A qué dirección debemos enviar la correspondencia del solicitante? _____

4. ¿Cuál es el estado del **actual** local del solicitante?

vive en el local

Nombre del Local _____ Fecha que entró _____

Planes de entrar a un local

Nombre del Local _____ Cuándo _____

5. Si esta persona está capacitada para dejar el local, ¿Dónde viviría? _____

6. ¿Se movió el solicitante de otro Estado para Louisiana? Sí No Si es afirmativo, ¿Cuándo? _____
 ¿Tiene él o ella la intención de permanecer en Louisiana? Sí No

7. ¿Tiene el solicitante viviendo en su casa al cónyuge legal y/o algún hijo menor de 18 años?
 Sí No Si tiene, dénos la siguiente información acerca de estos dependientes. Los números de Seguro Social del cónyuge o hijos sólo serán usados para verificar ingresos. Si usted no nos da estos números, no afectará la elegibilidad del solicitante para Medicaid. Afectará la cantidad que él o ella tiene que pagar por el costo del local de asistencia.

Nombre (Primero, Inicial del segundo, Apellido)	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento			Ciudadano de E. U. (Sí o No)	Relación con el Solicitante
		mes	día	año		
						Cónyuge

Dénos la siguiente información acerca del cónyuge del solicitante que vive en la casa, si es aplicable. Reclamo SS # _____ Reclamo VA# _____ Retiro del Ferrocarril # _____

¿Desea el solicitante dar parte de su ingreso a su cónyuge y/o a sus hijos menores de 18 años?
 Sí No

8. ¿Ha estado casado el solicitante con alguien más que no sea la persona mencionada en el inciso 7?
 Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

Nombre _____ Seguro Social # _____

Fecha de Nacimiento _____ Reclamo SS # _____

Reclamo VA # _____ Retiro del Ferrocarril # _____

¿Estaba el solicitante divorciado de esta persona? Sí No Si estaba, dénos la fecha y lugar del divorcio _____

¿Ha fallecido este cónyuge? Sí No Si es afirmativo, dénos la fecha de fallecimiento _____

Ingreso no ganado es dinero recibido de fuentes como SSA, pensiones, retiro, beneficios para Veteranos, ingresos por intereses y efectivo recibido de amigos y parientes.

9. ¿Recibe el solicitante, su cónyuge o algún hijo menor de 18 años **ALGÚN** otro dinero como los que se mencionan? Sí No Si se recibe, dénos la siguiente información por CADA persona. Escriba la cantidad del ingreso antes de toda deducción. (Si necesita, use una hoja adicional)

Fuente de Ingreso	Nombre, Dirección y Teléfono de la Fuente	¿Quién recibe el dinero?	Cantidad
Seguro Social /SSI			\$
			\$
Beneficios para Veteranos			\$
Retiro del Ferrocarril			\$
Retiro/Pensión/A anualidad			\$
			\$
A anualidad de la Hipoteca Inversa			\$
Interés/Dividendos/Regalías			\$
Renta de Propiedad			\$
Otros (especificar)			\$

Este ingreso es depositado depósito directo o hecho efectivo en _____

10. ¿Ha aplicado el solicitante, su cónyuge, o algún hijo menor de 18 años a alguna de las fuentes mencionadas en inciso 9, pero todavía no ha recibido dinero? Sí No Si ha aplicado, ¿Quién y a qué fuente aplicó? _____

Ingreso ganado es dinero recibido por trabajo.

11. ¿Trabaja el solicitante, su cónyuge o algún hijo menor de 18 años? Sí No
 ¿Trabaja el solicitante o su cónyuge en su propio negocio? Sí No Si contesta afirmativo a cualquiera de estas dos preguntas, dénos la siguiente información por CADA persona empleada. Anote ingresos antes de las deducciones, **NO** del neto recibido.

Nombre de la Persona que trabaja	Nombre, Dirección y Teléfono de la Persona o Compañía para la que trabaja, O Información del Negocio Propio	Salario por Hora	Horas Trabajadas por semana	Frecuencia de los pagos
		\$		
		\$		

Este ingreso es depositado depósito directo o hecho efectivo en _____.

12. ¿Recibió o recibirá el solicitante o su cónyuge alguna suma total de dinero como de algún seguro, un juicio, una herencia o un pago retroactivo del Seguro Social? Sí No
 Si la respuesta es **Sí**, ¿Quién? _____ Cantidad \$ _____ ¿Cuándo? .
 ¿De quién? _____ ¿Por qué razón? _____

Nombre, dirección y teléfono del Abogado (si es aplicable) _____

Las preguntas 13 al 20 son acerca de los bienes o recursos del solicitante Y/O de su cónyuge. Marque la casilla Sí () contigua a cada punto que el solicitante, su cónyuge, o ambos tienen acceso o les pertenece. Complete toda la información por cada punto que ha marcado Sí () en la casilla. Dé el mejor estimado del valor de cada artículo. Marque la casilla No () por cada recurso que el solicitante o el cónyuge no tienen acceso o no les pertenece.

Recursos financieros y bienes incluye cuentas de cheque, de ahorro, y en cooperativas, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas en la bolsa de valores, pagarés y cajas de seguridad. Pueden ser cuentas individuales o mancomunadas. Usaremos el balance del PRIMER MOMENTO DEL PRIMER DÍA DEL MES como el valor del bien.

13. ¿A cuál de los siguientes recursos financieros o bienes tiene acceso el solicitante o su cónyuge, o les pertenece?

Cuenta(s) de Cheque Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

(a) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

(b) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Cuenta(s) de ahorro Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

(a) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

(b) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Certificado(s) de Depósito Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s) _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Acciones/Bonos Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s) _____

Descripción _____

Número de la cuenta(s) _____ Valor \$ _____

Cuentas de Anualidades/Retiro Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s)/Receptor(es) _____

Nombre de la cuenta financiera _____

¿Se están recibiendo pagos periódicos actualmente? Sí No

Si se reciben, ¿Cuál es la cantidad del pago? \$ _____

¿Con qué frecuencia se reciben? _____

Si **No** se reciben, ¿Están disponibles estos pagos? Sí No

¿Se pueden sacar estos fondos en una cantidad única? Sí No

Número(s) de la cuenta _____ Valor \$ _____

Cuentas de IRA/Jubilación Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre de la institución financiera _____

Número(s) de la Cuenta _____ Valor \$ _____

Caja(s) de seguridad Sí No

Nombre(s) del dueño(s) _____

Nombre y dirección del banco o de la institución financiera _____

Contenido _____ Valor \$ _____

Otro (especificar) _____ Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) en la cuenta _____

Número(s) de la cuenta _____ Valor \$ _____

¿Está el nombre del solicitante o de su cónyuge en la cuenta bancaria de alguien más?

Sí No ¿Tiene alguien más una cuenta que contenga dinero que pertenece al solicitante o a su cónyuge? Sí No Si alguna de estas preguntas es afirmativa, dé la siguiente información.

- ¿Qué nombre aparece en la cuenta? _____
- ¿A quién pertenece la cuenta realmente? _____
- ¿Cuál es el nombre del banco o de la institución financiera? _____
- ¿Cuál es el número de la cuenta? _____
- ¿Cuánto dinero hay en esta cuenta? \$ _____
- ¿Cuánto pertenece al solicitante o a su cónyuge? _____

La propiedad que está en Fideicomiso PUEDE o PUEDE NO ser considerada como un recurso, dependiendo de las características del fideicomiso.

14. ¿Han creado alguna vez el solicitante o su cónyuge un fideicomiso, puesto algún artículo en fideicomiso, o es alguno de ellos el beneficiario de un fideicomiso? Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

- Fecha que fue creado el fideicomiso _____
- ¿Puede ser revocado el fideicomiso? Sí No
- ¿Fue establecido el fideicomiso por Ultima Voluntad y Testamento? Sí No
- ¿Fue establecido el fideicomiso por una persona incapacitada menor de 65 años? Sí No
- ¿Quién creó el fideicomiso? _____
- ¿La propiedad o el dinero de quién fue usado para establecer el fideicomiso? _____
- Dé una descripción general del contenido del fideicomiso _____

- ¿Quién es el beneficiario del ingreso? _____
- ¿Quién es el beneficiario principal? _____
- ¿Quién es el fideicomisario? _____

Bienes para entierro PUEDEN o PUEDEN NO ser considerados como un recurso. Generalmente pueden ser excluidos lotes o espacios para entierro, arreglos irrevocables para entierro o fondos designados para entierro hasta por \$1,500.00.

15. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge acuerdos o contratos para entierro? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

- ¿Con quién? _____
- ¿Cómo han sido (fueron) financiados? Efectivo Seguro de vida Ambos
- ¿Está el contrato pagado completamente? Sí No
- ¿Pueden ser revocados estos contratos o arreglos? Sí No
- ¿Qué servicios o artículos son cubiertos? _____

¿Tiene el solicitando o su cónyuge fondos reservados para entierro? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

- ¿Qué ha sido reservado? _____

- ¿Quién es el propietario del fondo para entierro? _____
- ¿Para el entierro de quién está destinado el fondo? _____
- ¿Cuándo fue reservado el fondo? _____
- ¿Cuál es el valor del fondo? \$ _____

¿Tiene el solicitante o su cónyuge algo disponible para entierro como lote/parcela en el cementerio, fosa, cripta, mausoleo, tumba, ataúd, urna, nicho u otros depósitos, lápida y gastos para abrir y cerrar la fosa? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Artículo	Nombre del propietario	Fecha que se compró o se reservó	Valor Actual	¿Para el entierro de quién?	Relación con el solicitante (cónyuge, hijo, etc.)
			\$		
			\$		

¿Están pagadas totalmente todas las compras para entierro? Sí No Si contestó **No**,
 ¿Cuáles compras son contratos a plazo? _____

Generalmente, el valor del efectivo cedido de las pólizas de seguro de vida con el valor nominal combinado que es mayor de \$1500.00, es contado como recurso.

16. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge algún otro seguro de vida o de entierro que no se mencionó arriba? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Nombre del Asegurado	Dueño de la Póliza	Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros y	Póliza #	Valor Nominal	Valor Efectivo
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

Usualmente, un vehículo puede ser excluido si es usado para actividades diarias, para ir a trabajar, para obtener tratamiento médico regular, o si está equipado para uso de una persona inválida.

17. ¿Posee el solicitante o su cónyuge carros, camiones, motocicletas, botes, campers, ATVs, u otros vehículos para recreación? Sí No Si posee, dénos la siguiente información.

Marca/Modelo/Año	Nombre del Propietario	Uso	Valor	Cantidad Letra de pago
			\$	
			\$	

La casa de una persona (y la tierra donde está) generalmente no cuenta en los límites de recursos - no importa cuanto sea el valor. La pertenencia de un interés por una herencia o propiedad testamentaria, usualmente es considerada para ser contada como recurso, aunque la propiedad NO HAYA sido dividida o no se haya abierto la sucesión.

18. ¿La **casa** donde viven el solicitante y su cónyuge, les pertenece o la están pagando? Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

Dé la dirección o ubicación y describa la propiedad, incluyendo tamaño del lote y cualquier estructura o construcción en la propiedad _____

19. ¿El solicitante o su cónyuge poseen alguna **otra** propiedad, tales como, casa de campo vacacional, propiedad en renta, acres o propiedades en otro estado? Sí No ¿Tiene alguno de ellos parte en alguna herencia o propiedad testamentaria? Sí No Si alguna respuesta es sí, dé la siguiente información.

Dé la dirección o ubicación y describa la propiedad, incluyendo tamaño del lote y cualquier estructura o construcción en la propiedad _____

Nombre(s) de la propiedad (si es aplicable) _____

Nombre(s) de todos los dueños de la propiedad _____

Valor de la propiedad \$ _____ Cantidad que se debe de la propiedad \$ _____

Un bien que ha sido regalado o vendido por el solicitante o su cónyuge por MENOS de su valor puede hacer inelegible al solicitante para pagos del local.

20. ¿Alguna vez el solicitante o su cónyuge, o alguien actuando en nombre de ellos ha regalado, vendido o traspasado en escritura algún bien o propiedad? Sí No Si se ha hecho, dénos la siguiente información.

• ¿Qué se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

• ¿Cuándo se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

• Si fue una transferencia real de propiedad, ¿Cuándo y dónde fue registrado? _____

• Nombre y relación con la persona que obtuvo el artículo(s) _____

• ¿Cuál era el valor del artículo(s) \$ _____

• ¿Qué recibió el solicitante o su cónyuge a cambio? _____

• ¿Dónde está lo que se recibió a cambio? _____

• ¿Por qué se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

21. Si el solicitante es MENOR DE 65 AÑOS, ¿Tiene alguna incapacidad? Sí No Si la tiene, díganos en que consiste _____
 _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Díganos acerca de doctores, hospitales u otros proveedores médicos que lo asisten.

Nombre del Doctor, Hospital u otros Proveedores Médicos	Dirección y Teléfono del Proveedor

¿Alguna vez esta persona ha aplicado al Seguro Social por Incapacidad o a beneficios de Seguro Social Suplementario (SSI)? Sí No Si ha aplicado ¿Han tomado alguna decisión? Sí No

22. ¿Está cubierto el solicitante por Medicare? Sí No Si está cubierto, Reclamo Medicare # _____ . Incluye Parte A; Parte B.

23. ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, incluyendo suplementos Medicare, que cubra consultas médicas y hospital? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Nombre, Dirección y Teléfono de la Compañía de Seguros	Grupo/Póliza #	Costo Mensual	Persona(s) Cubierta
		\$	
		\$	

24. ¿Desea aplicar el solicitante a cobertura Medicaid por asistencia o servicios médicos recibidos durante los **últimos tres meses**? Sí No Si desea aplicar, ¿Para qué meses? _____
 _____. Díganos acerca de los servicios médicos que recibió durante este tiempo.

Nombre, Dirección y Teléfono del Proveedor Médico	Fecha del Servicio	Costo Total del Servicio	Balance no Pagado
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

25. ¿Tiene el solicitante o algún dependiente facturas NO PAGADAS por asistencia o servicios médicos recibidos que no están en el inciso 24? Sí No Si tiene, ¿Cuáles son estos servicios?

Nombre, Dirección y Teléfono del Proveedor Médico	¿Quién recibió esta Asistencia?	Fecha del Servicio	Costo Total del Servicio	Balance no Pagado

26. ¿Alguna vez el solicitante ha recibido Medicaid de Louisiana? Sí No Si ha recibido,
 ¿Necesita renovar su tarjeta Medicaid? Sí No

Derechos y Responsabilidades

- ★ Declaro que el solicitante es ciudadano de E. U. o está legalmente en el país.
- ★ La información dada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que, si sabiendo doy información que no es verdadera O es incompleta y el solicitante obtiene beneficios para los cuales no es elegible, podemos ser penados legalmente por fraude y ser obligados a pagar a Medicaid por cualquier pago hecho incorrectamente.
- ★ Entiendo que la información que doy acerca de la situación del solicitante, será verificada. Acuerdo ayudar a hacerlo y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes.
- ★ Sé que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información en otras agencias de gobierno acerca de los ingresos, como del Servicio Interno de Ingresos, para probar la elegibilidad.
- ★ Entiendo que al aceptar Medicaid, El Departamento del Salud y Hospitales tiene el derecho a cualquier ayuda o pago médico de terceras personas que sean legalmente responsables de hacerlos por servicios médicos recibidos por el solicitante. Estoy de acuerdo en que se revele cualquier información médica que necesite el Programa Medicaid u otros programas con el propósito de pagar o recibir pagos de facturas médicas del solicitante. Estoy informado que este es un requisito para obtener cobertura. Acuerdo colaborar para obtener ayuda de cualquier persona que legalmente sea responsable de proveerla.
- ★ Entiendo que las reglas de Recuperación Testamentaria requieren que el DHH recupere de los bienes testamentarios del solicitante, el costo de ciertos pagos hechos por Medicaid. Estos costos incluyen la cantidad total de pagos por servicios de local, hospital y recetas médicas recibidos a la edad de 55 años o mayor. Los bienes testamentarios es lo que se posee a la fecha de la muerte. El DHH no hará reclamos sobre la propiedad mientras el solicitante o su cónyuge esté vivo. El DHH tampoco hará reclamos si el solicitante tiene un hijo dependiente que sea menor de 21 años, ciego o incapacitado. El reclamo puede no hacerse si no es costo efectivo para el DHH hacerlo así, O si la herencia se necesita para solventar alguna dificultad después de la muerte del solicitante. Una dificultad puede existir si la propiedad testamentaria es la única fuente de ingreso de los herederos, si ese ingreso es limitado, o si hay otras circunstancias apremiantes.
- ★ Acordamos informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si: hay cambios en los recursos e ingresos del solicitante o de su cónyuge; cambios en la cobertura o en las primas del seguro de salud; y cambios en el lugar donde vivimos o recibimos el correo.
- ★ Podemos apelar si creemos que la decisión tomada en nuestro caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ★ Medicaid no puede discriminar por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creemos que lo han hecho, podemos llamar a la Oficina Regional para los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1+800+368-1019 ó escribir a: Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

 Firma del Solicitante o Representante Autorizado

 Fecha

 Firma del Cónyuge, si es aplicable

 Fecha

Si se ha firmado con "X"

 Firma de Testigo

 Firma de Testigo

 Firma del Representante/Contratista de la Agencia

 Fecha